# Ein Fall

von

# Rectum carcinom mit sekundärem Carcinom der Prostata.

---

## Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

**gesamten Medizin**

verfasst und der

## Hohen medizinischen Fakultät

der

**Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von

**Karl Astor,**
appr. Arzt

---

**München 1898.**
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

# Ein Fall

von

## Rectum carcinom mit sekundärem Carcinom der Prostata.

---

## Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

**gesamten Medizin**

verfasst und der

## Hohen medizinischen Fakultät

der

**Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München**

vorgelegt von

**Karl Astor,**
appr. Arzt

---

**München 1898.**
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

Referent:

**Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. Otto Bollinger.**

*Seinen lieben Eltern*

*in*

*Liebe und Dankbarkeit gewidmet*

*vom Verfasser.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553806_0147

Das Carcinom entwickelt sich bekanntlich nicht nur mit einer gewissen Vorliebe an ganz bestimmten Organen, sondern an diesen selbst wieder sind es ganz bestimmte Stellen, die es häufiger als andere befällt. So ist es schon längst bekannt, dass am Uterus die Portio vaginalis eine besondere Neigung zur krebsartigen Entartung zeigt, am Magen ist es die regio pylorica, viel seltener die Cardia, an der äusseren Haut der Uebergang in die Schleimhaut der Unterlippe, und im Darmkanal ist es vornehmlich der untere Teil des Dickdarms an der Uebergangsstelle des S. romanum in das Rektum, häufiger noch der untere Teil des letzterwähnten Darmteiles selbst.

Histogenetisch aufgefasst ist das Rektumcarcinom ein Cylinderepithelkrebs, ausgehend von den Deckepithelien der Rektalschleimhaut, auch von den Epithelien der Schleimdrüsen des Rektums, und zwar tritt es am häufigsten in der Form des Adenocarcinoms auf. Dasselbe bildet meist eine fungöse oder papilläre Wucherung, an deren Basis die Rektalschleimhaut infiltriert und verdickt ist. Sehr oft ergreift die Infiltration den ganzen Umfang des Rektums, so dass dieses in ein dickwandiges, starres Rohr verwandelt erscheint.

Der Konsistenz nach kommen alle Formen vor, die sich auf die verschiedene Beschaffenheit des Stromas und

sein Verhältnis zu den Krebskörpern, sowie auf die eintretenden Metamorphosen beziehen. Doch sind im allgemeinen die weicheren Formen und die von mittlerer Konsistenz häufiger als die dem Scirrhus entsprechenden. Auch Gallertmetamorphose des Carcinoma recti kommt nicht selten vor.

In sehr vielen Fällen ist zur Zeit der anatomischen Untersuchung die Neubildung an der Oberfläche bereits zerfallen, so dass man nur noch ein Geschwür vor sich hat, dessen Ränder von krebsigen Wucherungen besetzt sind. Der Geschwürsgrund hat eine missfarbige Beschaffenheit, da ja septogene Organismen fortwährend einwirken.

Das Carcinom verbreitet sich zunächst in denjenigem Organ, in welchem es entstanden ist, greift jedoch nicht selten auch auf benachbarte Organe über und zwar ist dies auf zweierlei Weise möglich, sowohl auf dem Wege peripher fortschreitenden Wachstums als auch auf dem Wege der Metastasenbildung.

Die Art des lokalen Fortschreitens einer krebsigen Neubildung wird durch verschiedene Momente bestimmt. Man muss annehmen, dass entschieden den Krebsen verschiedener Lokalitäten, aber auch der gleichen Gegend bei verschiedenen Individuen, eine verschiedene Proliferationsenergie der Zellen zukommt, ein Verhältnis, das wenigstens teilweise von der mehr oder weniger reichlichen Entwicklung der Blutgefässe des Krebsstromas uud der mit derselben zusammenhängenden Ernährungszufuhr abhängt.

Zweitens ist die Beschaffenheit der Widerstände gegen das Fortschreiten der Neu-

bildung zu beachten. Wenn wir auch überall da, wo eine epitheliale Wucherung die physiologische Gewebsgrenze durchbricht, eine Herabsetzung der normalen Gewebswiderstände annehmen können, so sehen wir doch auch, dass für das Fortschreiten des peripheren Wachstums eines Carcinoms auch lokale anatomische Verhältnisse in Betracht kommen. Je reicher in einem Gewebe physiologische Lücken vorhanden sind, desto rascher können in dieselben die wuchernden Massen der Neubildung eindringen. Der sogenaunte alveoläre Bau des Carcinoms beruht ja bekanntlich darauf, dass die vielfach verzweigten Lücken des Bindegewebes, die von verschiedener Grösse und verschiedener Form sind, durch Krebszellen ausgefüllt sind. Die Erklärung für das Zustandekommen einer derartigen Anordnung der neugebildeten epithelialen Zellen des Carcinoms liegt darin, dass letztere überall dort, wo sich ihnen nicht sehr widerstandsfähiges Gewebe entgegenstellt, vordringen. Sie erfüllen die Spalträume und dehnen sie durch ihren Wachstumsdruck aus, indem sie zartere Gewebselemente zum Schwunde bringen. Gleichzeitig wirken die vorrückenden Carcinomzellen als Reiz auf das Stroma der Gewebe, in welches sie eindringen. Die dadurch veranlasste Zellwucherung wandelt die Bindesubstanz in reiches Granulationsgewebe um und erleichtert so das weitere Vordringen der Krebskörper. So sehen wir sehr häufig bei mikroskopischer Betrachtung eines Carcinoms, wie vom Gross der Geschwulst nach allen Seiten feine und feinste Ausläufer in die feinsten Gewebsinterstitien der Nachbarschaft hineingewuchert sind. Solch feine, vorpostenartig vorgeschobene Ausläufer lassen sich oft mehrere cm weit verfolgen. Es fällt

also die Grenzlinie der Geschwulst, welche das Auge bei grober Betrachtung zu erkennen meint, keineswegs mit der wirklichen Grenze der krebsigen Neubildung zusammen, eine Erfahrung, die die Chirurgen veranlasst hat, bei Exstirpation solcher Tumoren möglichst weit im gesunden Gewebe zu operieren, um der vollständigen Entfernung des Tumors sicherer zu sein.

Wie bereits oben angedeutet, gibt es noch einen zweiten Weg, auf dem das Rectumcarcinom benachbarte Organe, ja selbst ganz entfernt liegende, zur sekundären krebsigen Entartung bringen kann; es ist dies der Weg der Metastasenbildung.

In Organen, die ein reich entwickeltes Netz von Saftkanälen und Lymphgefässen besitzen, sehen wir oft eine förmliche Injektion derselben durch die Zellen der Neubildung. Dieses Eindringen der Krebszellen in die Lymphgefässe mag wohl ein passives sein, indem sie unter dem Drucke der proliferierenden Zellmasse in der Richtung des geringsten Widerstandes fortgeschoben werden, doch könnte ja möglicherweise eine aktive Bewegungserscheinung dabei auch im Spiele sein. Wenigstens will Carmalt (Virch. Arch. LVI) aktive Bewegungserscheinungen an Krebszellen wahrgenommen haben.

Durch dieses Eindringen in die Lymphbahnen kommt dem Carcinom eine besondere Neigung zur Infektion der Lymphdrüsen zu und zwar zunächst derjenigen, die ihre Lymphe aus der Region der primären Geschwulst empfangen, weiterhin natürlich auch entfernterer Drüsen. An frisch erkrankten Lymphdrüsen sieht man zuweilen unter dem Mikroskop die Lymphsinus von Krebszellen vollständig ausgefüllt, im ferneren Verlauf der Er-

krankung wird jedoch bald das Gewebe der Drüse in solchem Grade substituiert, dass man kaum noch Reste der physiologischen Struktur erkennen kann. Von diesen auf metastasischem Wege krebsig entarteten Lymphdrüsen aus kann dann neuerdings wieder eine Infektion der Nachbarschaft stattfinden durch direktes Ueberwuchern auf dieselbe.

Wie auf dem Wege der Lymphbahn, so kann aber auch auf dem der Blutbahn eine Verschleppung von Geschwulstelementen stattfinden und ein sekundäres Carcinom entstehen. Meist hat dieses sekundäre Carcinom in einem Organ seinen Sitz, das dem primär erkrankten benachbart ist, nicht selten ist es jedoch auch ein ganz entfernt liegendes Organ. Am bekanntesten und wohl auch am häufigsten sind Krebsknoten metastatischen Ursprungs in der Leber, wenn am Wurzelgebiet der Pfortader ein primäres Carcinom seinen Sitz hat, ferner sind Lungen und Nieren relativ häufig Sitz solcher metastatischen Krebsherde.

Vergegenwärtigen wir uns noch einmal die oben geschilderten Verhältnisse des peripheren Wachstums eines Carcinoms, so ist die Thatsache leicht verständlich, dass das Rectumcarcinom nicht gerade selten auf benachbarte Organe übergreift und auch sie in Krebsmassen umwandelt, Komplikationen des Leidens, die sowohl für die Lebensdauer des Patienten als auch für die Möglichkeit einer operativen Heilung des Leidens von entscheidendem Einfluss sein können. Beim Weibe ist es zuweilen die Vagina oder der Uterus, die bei Rectumcarcinom sekundär erkranken, beim Manne häufig die Blase, selten die Prostata. Geht der carcinomatöse

Prozess auf die Blase über, so treten natürlich die heftigsten Harnbeschwerden auf, schmerzhaftes Harnlassen, Harnverhaltung, Blasenblutung. Oft kommt es dazu, dass das Rectumcarcinom nekrotisch zerfällt, das Krebsgeschwür perforiert die hintere Blasenwand, es dringt Kot und Jauche in die Blase und ruft so eine jauchige Cystitis hervor, die natürlich dem Leben des Patienten ein baldiges Ende setzen wird. Höher gelegene Mastdarmkrebse können auch direkt auf das Bauchfell übergreifen und eine jauchige Peritonitis hervorrufen, ja Smith sah einmal in einem Falle von Mastdarmkrebs plötzlich eine jauchige Coxitis auftreten und fand bei der Sektion, dass die Ulceration die hintere Wand der Gelenkpfanne durchbrochen hatte.

Greift das Rectumcarcinom auf die Prostata über, was immerhin etwas selten zu sein scheint, so sind die klinischen Erscheinungen neben den Symptomen der primären Erkrankung fast dieselben, wie sie oben für das Carcinom der Blase beschrieben worden sind, zumal die Blase dabei fast immer ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen wird.

Einen hierher gehörigen Fall habe ich zum Ausgangspunkt für meine Arbeit gewählt und möchte seine Beschreibung hier folgen lassen. Die Kenntnis des Krankheitsverlaufes verdanke ich der Güte des Herrn Hofrat Brunner, des Direktors der chirurgischen Abteilung des städischen Krankenhauses r. d. Isar. Es sei ihm dafür mein wärmster Dank ausgesprochen.

**Krankengeschichte.**

Anamnese: N. N., Schuhmacher, 62 Jahre alt, aus München, wurde am 28. V. 97 in das Krankenhaus

r. d. Isar in München aufgenommen und gab hierbei an, dass er vor 8 Tagen plötzlich nicht mehr habe urinieren können. Zu derselben Zeit habe sich auch eine Geschwulst am Scrotum entwickelt, welche bis zum Tag des Eintritts in das Krankenhaus fortwährend an Grösse zugenommen habe. Vier Tage sei der Urin mal nur in Tropfen abgegangen, von da ab habe er wieder ganz gut Wasser lassen können.

Status praesens: Patient ist ein durch das Alter sehr geschwächter Mann. Das Scrotum ist stark geschwollen. Die Geschwulst ist etwa mannsfaustgross. Die Haut über der Geschwulst ist stark blaurot verfärbt und an mehreren Stellen bis zu Markstückgrösse gangränös zerfallen. Auf Druck quillt Eiter aus dem Scrotum hervor. Die rechte Inguinalgegend ist ebenfalls teigig infiltriert und entzündlich gerötet.

Patient wird katheterisiert und es ergibt sich, dass ein mittelgrosser Katheter durch die Harnröhre hindurchgeht. Aus letzterer lässt sich dünnflüssiger Eiter ausdrücken, in welchem keine Gonococcen nachweisbar sind. Die Untersuchung per rectum lässt in der Gegend der Prostata einen apfelgrossen Tumor erkennen, der leicht blutet und sehr druckempfindlich ist. Die Therapie besteht zunächst in feuchtem Verband.

Am 31. V. wird in Chloroformnarkose das Scrotum beiderseits incidiert, und aus den Schnittwunden quillt reichlicher Eiter hervor. Bei genauerer Untersuchung ergibt sich auch, dass beide Testikel eitrig zerfallen sind, weshalb auch die Kastration vorgenommen wird. Eine Incision in die rechte Inguinalgegend hat ebenfalls eine reichliche Eiterentleerung zur Folge. Nach der Operation erhält Patient einen Jodoform-Mooskissenverband.

Am 5. VI. ist das Allgemeinbefinden des Patienten erheblich besser als es vor der Operation war, jedoch schreitet die Gangrän an der Bauchwand weiter.

Am 10. VI. ist bei Patient eine grosse allgemeine Schwäche eingetreten, die Gangrän schreitet unaufhaltsam vor.

Am 14. VI. tritt nachmittags der Exitus letalis ein.

Die klinische Diagnose lautete: Gangräna Scroti testiculi utriusque et tegmenti abdominis e carcinoma prostatae.

Die Sektion[1]), welche am 15. VI. 1897 vorgenommen wurde, hatte folgendes Ergebnis:

Die Leiche ist die eines alten, stark abgemagerten Mannes. Die Hautdecken sind schmutzig-bräunlich verfärbt. In der rechten Inguinalgegend und am Damm zu beiden Seiten der Raphe finden sich ausgedehnte tiefe Substanzverluste mit schmierig belegtem Grunde. Das Scrotum ist stark verkleinert, zu beiden Seiten desselben sieht man eingezogene Schnittwunden. Beim Auseinanderziehen der Ränder derselben entleert sich eine dicke, grünlich-gelbe, rahmig-eitrige Flüssigkeit. Am Ansatzpunkt des rechten Musc. rectus an der Symphyse und am Schambein findet sich eine mit stinkendem, jauchigem Eiter gefüllte Höhle. Dieselbe setzt sich nach oben in der Rektusscheide bis an dessen Rippenansätze fort und ist total mit foetidem, jauchigem, grünlichem Eiter gefüllt.

Der Zwerchfellstand ist beiderseits an der 5. Rippe. Der Herzbeutel liegt fünfmarkstückgross vor. Beide

[1]) Sektions-Journal des pathol. Instituts Nr. 567 1897.

Lungen sind nach oben ein wenig adhärent. In beiden Pleurahöhlen findet sich kein abnormer Inhalt.

Beide Lungen zeigen an den Spitzen narbige Einziehungen, ferner graue fibröse und verkäste Knötchen. Das übrige Lungengewebe aller Lappen ist sehr weich, stark atrophisch, substanzarm, luftkissenartig gebläht, mit überstehenden Bronchial- und Gefässstümpfen. Im rechten Unterlappen entleert sich aus den Bronchien massenhaft eitrige Flüssigkeit. Gegen die scharfen Ränder zu finden sich mehrfach bis wallnussgrosse, derbe, luftleere, graue, knötchenförmige Einlagerungen.

Das Herz ist klein, die Coronargefässe sind geschlängelt, das Epicard sehr fettarm. Beide Ventrikel sind sehr klein, nur wenig über wallnussgross. Die Muskulatur ist von dunkelbrauner Farbe und atrophisch. Das Endocard ist überall durchsichtig, alle Klappen sind frei beweglich und zeigen nirgends eine Auflagerung.

Die Milz ist sehr klein, atrophisch, auf dem Durchschnitt die Pulpa zurücksinkend, von dunkelbrauner Farbe. Das Gerüst ist vermehrt, überstehend. Die Follikel sind nicht erkennbar.

Der Magen enthält etwas kaffeesatzartigen Brei, der Darm ist ohne Besonderheiten.

Die Leber ist klein, die Zeichnung der Acini auf dem Durchschnitt undeutlich, der Blutgehalt ist sehr gering. In der Gallenblase findet sich reichlich bröckelig gemischte Galle.

Beide Nieren sind klein mit leicht abziehbarer Kapsel. Die Oberfläche ist fast ganz glatt, die Schnittfläche von blassgrauer Farbe. Die Zeichnung von Rinde und Mark ist ziemlich deutlich erkennbar, beide von

entsprechender Höhe und Breite. Das Nierenbecken ist eng und fettarm.

Die Blase ist faustgross mit fast rein eitriger, rahmiger Flüssigkeit gefüllt. Ihre Schleimhaut ist stark gerötet und im Grunde mit Schorf bedeckt. Dicht linkerseits neben dem Colliculus seminalis in der Wand des Urethralbodens findet sich eine für eine dünne Sonde durchgängige Oeffnung, aus welcher sich übelriechender, grünlich verfärbter Eiter entleert.

Beim Einschneiden auf die Prostata erweist sich dieselbe als fast gänseeigross und von einer grauweisslichen Geschwulstmasse durchsetzt, welche von rückwärts her, vom Rectum aus, in dieselbe eingewuchert ist.

Bei Eröffnung des Rectums zeigt sich dessen unteres Ende in einer Höhe von etwa 10 cm von einer weichen Geschwulstmasse ganz zerstört, die pilzförmig in das Lumen des Rectums hineinragt. Nach vorn besteht keine scharfe Abgrenzung gegen die in die Prostata eingewucherte Tumormasse. Inmitten dieser in der vorderen Rektalwand und Prostata gelegenen Neubildung ist eine flache Höhle vorhanden mit unregelmässig, fetzig zerklüfteten Wandungen, welche mit stinkendem Eiter gefüllt ist und nach oben durch die erwähnte Fistelöffnung mit dem Urethrallumen in Verbindung steht. Auch die hintere Wand des Rectums ist von Geschwulstmasse zum grossen Teil eingenommen.

Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete:

Ringförmiges Medullarcarcinom des Rectums mit Durchbruch in die Prostata. Jauchige Abscedierung der Prostata mit

Durchbruch nach der Urethra. Cystitis. Gangrän beider Hoden. Eitrige Bronchitis rechterseits, eitrige, lobuläre, pneumonische Herde im rechten Unterlappen. Braune Atrophie der Herzmuskulatur.

Vorliegender Fall bietet manches Beachtenswerte und Interessante, so dass es sich wohl der Mühe verlohnt, noch einige kurze Erläuterungen an ihn zu knüpfen. Denn abgesehen davon, dass es überhaupt nicht so sehr häufig ist, dass ein Rectumcarcinom sekundär auf die Prostata übergreift, fällt uns vor allem das plötzlich ohne jede äussere Veranlassung auftretende rapide Wachstum der Neubildung auf und die an dasselbe sich anschliessenden ausgedehnten gangränösen Zerstörungen in der Nachbarschaft der Geschwulst. Es zeigte sich hier das Carcinom in seiner ganzen Malignität.

Ferner ist die Frage von Interesse, ob die Neubildung wirklich vom Rectum ausging und erst sekundär die Prostata ergriff, oder ob denn nicht das Prostacarcinom das primäre war? Dass die Prostata primär von Krebs befallen wird, beweisen die, wenn auch vereinzelt dastehenden Fälle, die in der Litteratur beschrieben worden sind. Dem Kliniker dürfte es jedenfalls recht oft schwer fallen, ja unmöglich sein, in solch vorgeschrittenen Fällen von Rectumcarcinom, wie der vorliegende, überhaupt in allen den Fällen, die erst spät in seine Behandlung kommen, den Ausgangspunkt der Neubildung mit Sicherheit zu erkennen. Und meist kommt das Rectumcarcinom erst spät in die Behandlung des Arztes, oft sogar zu spät. Es ist ja eine bekannte Thatsache, dass einerseits die Initialsymptome

des Krebses, mag derselbe nun die Gebärmutter oder die Blase oder den Mastdarm primär befallen, leider in der Mehrzahl der Fälle wenig charakteristisch sind, und dass andrerseits die ärmere Volksklasse bei Erkrankungsfällen überhaupt zu lange wartet, bis sie ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, dass es aber auch genug gebildete Leute gibt, die zu wenig auf ihre Vorgänge im Körper achten und erst dann zum Arzt gehen, wenn sie es vor Schmerzen nicht mehr aushalten können. So vergeht die beste Zeit, die es dem Arzte noch ermöglicht hätte, den Ausgangspunkt einer Neubildung zu bestimmen und danach sein therapeutisches Handeln einzurichten.

Auch in dem von mir beschriebenen Falle scheint die Neubildung im Rectum keine Anfangssymtome gemacht zu haben oder wenn solche vorhanden waren, waren sie jedenfalls geringfügiger Natur, so dass Patient ihnen keine Beachtung schenkte. Wir hören von Patient nur, dass er 8 Tage vor seinem Eintritt in das Krankenhaus Beschwerden beim Urinieren bekommen habe und dass sich zugleich eine Geschwulst am Scrotum entwickelt habe. Zu dieser Zeit hatte das Carcinom bereits die Prostata ergriffen und begann schon seine zerstörende Wirkung an den Hoden auszuüben, so dass klinisch nicht mehr mit Sicherheit festgestellt werden konnte, ob die Neubildung vom Rectum oder von der Prostata ausging. Erst die Autopsie liess mit Sicherheit als den Ausgangspunkt der Neubildung das Rectum erkennen.

Ich habe mich nun bemüht, solche oder ähnliche Fälle von Rectumcarcinom, wie der

von mir beschriebene, aus der Litteratur zusammenzustellen, konnte jedoch trotz der Ausdehnung der heutigen medizinischen Litteratur oder vielleicht gerade deshalb nur 5 solcher Fälle ausfindig machen.

In den Handbüchern der pathologischen Anatomie älteren und neueren Datums findet man meist nur allgemeine Bemerkungen derart, dass die Prostata primär und sekundär von Carcinom befallen werde, letzteres meist fortgesetzt von einem Carcinom der Blase oder des Rectums aus.

Etwas eingehender ist die Frage erörtert in einer Arbeit von O. Wyss in Virch. Archiv Bd. XXXV „die heterologen (bösartigen) Neubildungen der Vorsteherdrüse".

In dieser Arbeit sucht Wyss an der Hand von 28 Fällen von bösartigen Neubildungen der Prostata nachzuweisen, dass die primären bösartigen Neubildungen der Prostata weit häufiger vorkämen als die sekundären. Denn von den 28 Fällen, die er in einer Tabelle zusammengestellt hat, waren 22 primäre Prostatatumoren und nur 6 sekundäre. Von diesen letzteren fand sich 3 mal die primäre Geschwulst im Magen, 1 mal in der Dura mater und 2 mal im Rectum. Da nur die beiden letzten Fälle hier interessieren, so seien auch sie nur genauer erwähnt.

Der 1. Fall, klinisch gekennzeichnet durch Unterbrechung des Harnstrahles beim Urinieren und unfreiwilligen Harnabgang 7 Tage vor dem Tode, durch Schmerzen in der Nierengegend und durch Schüttelfröste hatte folgendes Sektionsergebnis:

Im Rectum fand sich ein hühnereigrosser „Mark-

schwamm", darüber 2 kleinere Tumoren. Auch die Prostata hatte die Neubildung ergriffen. Ausserdem fand sich noch krebsige Infiltration in der Pleura beider Lungen, in den Messenterialdrüsen und in der Blase.

Beim 2. Fall macht Verfasser nur die Angabe, dass Patient an habitueller Stuhlverstopfung gelitten habe. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautet: Colloidcarcinom des Rectums mit Uebergreifen auf die Prostata.

Doch ist diese Statistik von Wyss, glaube ich, mit einer gewissen Vorsicht aufzunehmen; denn es sind in seiner Arbeit meist die indifferenten Namen Scirrhus, Encephaloïd (Markschwamm), Funges oder Caucer gebraucht, woraus sich jedenfalls nicht viel auf histologische Einheit der von ihm zusammengestellten Fälle schliessen lässt, zumal zu jener Zeit mit einem dieser Namen noch kein bestimmter histologischer Begriff verbunden war.

Man darf daher keineswegs annehmen, dass alle in der Arbeit von Wyss angeführten Tumoren sicher Carcinome gewesen sind, vielmehr ist es wahrscheinlich, dass auch Sarkome und andere Tumoren mit den obenerwähnten Namen belegt worden sind. Man kann daher auch zweifeln, ob in dem ersten von mir angeführten Fall, wo die Neubildung als „Markschwamm" bezeichnet wurde, wirklich ein Carcinom vorhanden war. Doch ist es nach dem ganzen Verhalten der Neubildung höchst wahrscheinlich, dass es ein Carcinom war.

Von Arbeiten neueren Datums liegt mir die Inauguraldissertation von Paul Csesch vor: „Beitrag zur Statistik der Rectumcarcinome" Jhrg. 1897. Verfasser schreibt daselbst an einer Stelle: „Als bedenklichste Komplikation ist die Ausbreitung des Rectum-

carcinoms auf die Nachbarorgane anzusehen. Unter den 66 radikal operierten Patienten (die Verfasser in seiner Statistik zusammenstellt) finde ich nur bei 33 entweder gar keine Notiz über Verwachsungen des Tumors mit der Umgebung oder die Bemerkung, dass der Tumor nicht ernsthaft mit der Umgebung verwachsen war, in seiner Beweglichkeit nur wenig eingeschränkt war. In allen übrigen Fällen war die Beweglichkeit des Tumors erheblich eingeschränkt, und zwar waren die Verwachsungen mit den Nachbarorganen in 2 Fällen so hochgradig, dass die Exstirpation der Neubildung nicht vollendet werden konnte".

Es sei mir gestattet, diese beiden Fälle kurz anzuführen; denn auch bei ihnen war es hauptsächlich die Prostata, die von der Neubildung im Rectum aus sekundär ergriffen wurde. Auch zeigt uns der erste der beiden Fälle ebenfalls wieder, wie spät oft solche Patienten auf ihr Leiden aufmerksam werden.

### I. Fall.

L. K., Schmied, 63 Jahre alt, bemerkte vor 14 Tagen, dass die Defäkation nur mit grossen Beschwerden vor sich gehe. Letztere war sehr schmerzhaft, und Patient suchte mit dem Finger die Kotballen zu entfernen. Dabei erfolgte starker Blutabgang, der von nun an öfters die Defäkation begleitete. Gleichzeitig fühlte er einen Knoten am After, und das Wasserlassen machte ihm Beschwerden, indem es sowohl schmerzhaft war, als auch indem der Urin meist nur tropfenweise abging.

Die Rectaluntersuchung ergab einen Tumor, der sich bis zur Schleimhautgrenze des Anus erstreckte und

der sehr leicht blutete. Der Tumor hatte bereits die ganze Prostata mit in seine Masse hineingezogen, war nicht im geringsten Grade verschieblich, so dass von einem operativen Eingreifen Abstand genommen wurde.

2. Fall.

W. Wilhelm, 36 Jahre alt. Pat. verspürte seit 1 Jahr Schmerzen bei der Stuhlentleerung. Die Stuhlentleerungen waren regelmässig, doch fanden sich in dem Stuhl wechselnde Mengen von Schleim und Eiter.

Beim Eintritt in das Krankenhaus war Patient bereits sehr stark abgemagert. Die Untersuchung ergab an der hinteren Circumferenz des Afters eine taubeneigrosse, maulbeerartig hervorragende, den After vollständig bedeckende Geschwulst, welche das Rectum bis zu einer Höhe von 10 cm ausfüllte und circulär den Darm einnahm.

Der Operateur versuchte die Totalexstirpation des Tumors nach der temporären Resektion des Steissbeins und des unteren Kreuzbeinabschnittes, musste jedoch diesen Versuch aufgeben, da sich bei der Operation herausstellte, dass der Tumor bis über das Promontorium hinausgewachsen war, von Prostata und Blase nicht abzugrenzen war und auch die Uretheren umwachsen hatte. Patient kam 18 Tage nach der Operation zum Exitus; in den letzten Tagen hatte sich eine Cystopyelonephritis entwickelt.

Ueber das Ergebnis der Autopsie finde ich leider nichts vermerkt.

In einer sehr ausführlichen Arbeit „Beitrag zur Statistik der Rectumcarcinome“ stellt Dr. C. Arnd, Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik zu Bern, 35

Fälle von Carcinoma recti zusammen und erwähnt bei jedem seiner Fälle, die ausführlich beschrieben sind, ob Verwachsungen mit den Nachbarorganen vorhanden waren oder nicht. In den meisten Fällen waren gar keine Verwachsungen mit den Nachbarorganen vorhanden, in ganz wenigen Fällen fanden sich ganz leichte Verwachsungen mit Blase oder Vagina und nur in 1 Fall war der Befund so, dass auch fast die ganze Prostata und ein Teil der Urethra von dem Carcinom ergriffen war.

Dieser Fall ist, im Auszug mitgeteilt, folgender: Patient, der schon einmal wegen Carcinoma recti operiert worden ist, kommt 5 Jahre nach der Operation mit einem Recidiv wieder.

Bei der Aufnahme in die Klinik ergibt die Untersuchung folgendes: Abdomen weich, schmerzlos, Leber und Milz nicht vergrössert. In der Analgegend sieht man zwei rötliche Wülste, deren hinterer mit glatter Schleimhaut bedeckt ist, deren vorderer eine zerklüftete Bedeckung zeigt. Beide sind schmerzlos, der hintere weich und glatt, der vordere härter. An dem vorderen Wulst eine zentrale Oeffnung; durch dieselbe gelangt man mit dem Finger in eine kleine, etwa wallnussgrosse Höhle, die mit höckeriger Wand ausgekleidet erscheint und nicht schmerzhaft ist. Zwischen dieser Höhle und dem hinteren Schleimhautwulst findet sich der Eingang ins Rektum, dessen hintere Wand ganz glatt ist. 4 Finger breit über der Analöffnung ein circulär verlaufender Strang, der von glatter Schleimhaut überzogen ist.

Die Leistendrüsen sind beiderseits geschwollen und schmerzlos. Die retroperitonealen Drüsen können wegen der Spannung nicht gefühlt werden.

Bei der Operation zeigte sich, dass das Rectumcarcinom bereits den grössten Teil der Prostata und den hinteren Harnröhrenabschnitt ergriffen hatte. Es musste daher bei der Exstirpation des Tumors die Prostata mit entfernt werden, ebenso trat ein Defekt in der Urethra ein.

Patient erholte sich sehr rasch von der Operation und die Wunde heilte, nach einem Jahre jedoch erlag Patient einem lokalen Recidiv.

---

Indem ich vorliegende Arbeit abschliesse, sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Obermedizinalrat Professor Dr. Bollinger für die Anregung zu dieser Arbeit meinen ganz ergebensten Dank auszusprechen.